



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48323 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

1

2

(21) u200910449

(22) 15.10.2009

(24) 10.03.2010

(46) 10.03.2010, Бюл.№ 5, 2010 р.

(72) ЯРЕШКО АНАТОЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, КОЛБУН МИКОЛА ДМИТРОВИЧ, КОПТЕВ МИХАЙЛО МИКОЛАЙОВИЧ, КУЛІШ МАРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

(73) ЯРЕШКО АНАТОЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, КОЛБУН МИКОЛА ДМИТРОВИЧ, КОПТЕВ МИХАЙЛО МИКОЛАЙОВИЧ, КУЛІШ МАРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

(57) 1. Спосіб лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу шляхом щоденного введення 4-5 протитуберкульозних препаратів і проведення ін-

формаційно-хвильової терапії, який **відрізняється** тим, що інформаційно-хвильову терапію призначають на зони центральних імункомпетентних органів, на зони локалізації патологічного процесу, на зону проекції печінки з тривалістю курсу лікування не менше 20 процедур для хворих 1 категорії і не менше 40 процедур для хворих 2 та 4 категорій.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що починають дію інформаційно-хвильової терапії послідовно на біологічно активні точки загальнозміцнювальної та імуностимулюючої дії.

Спосіб відноситься до медицини, а саме, до фтизіатрії.

Відомі способи лікування туберкульозу легень поєднаного з ВІЛ-інфекцією (Наказ МОЗ України №276 від 28.05.2008 року «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання туберкульоз та ВІЛ-інфекцію») шляхом призначення поліхіміотерапії (4-5 протитуберкульозних препаратів в поєднанні з антиретровірусними препаратами) і «Спосіб лікування полірезистентного туберкульозу» (Ярешко А.Г., Колбун М.Д. Деклараційний патент України на винахід №62429. - 2003). «Спосіб лікування полірезистентного туберкульозу» є найближчим аналогом - прототипом.

Лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу протитуберкульозними препаратами за даними літератури забезпечує вилікування біля 50% хворих.

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність протитуберкульозних препаратів в лікуванні ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу легень, яка пов'язана з стійким клітинним імунodefіцитом, корекція якого за відомим способом не

проводиться. Крім того, доповнення протитуберкульозної терапії антиретровірусними препаратами суттєво погіршує переносимість протитуберкульозних препаратів, сприяє розвитку гепатотоксичних проявів поліхіміотерапії. Спосіб лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу легень з використанням інформаційно-хвильової терапії не розроблено.

Задача корисної моделі - створення способу лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу з метою підвищення ефективності його лікування.

В основу створення способу лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу шляхом проведення поліхіміотерапії покладено доповнення медикаментозного лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу призначенням інформаційно-хвильової терапії (ІХТ) з допомогою апарату М.Д. Колбуна ІХТ «Поріг» (реєстраційне посвідчення МОЗ України № ІМ-7.2918 від 2.04.2002р.). При цьому ІХТ призначають одночасно з призначенням протитуберкульозних препаратів. Процедуру проводять не раніше, ніж через 1 годину після прийому хіміопрепаратів. Проводять лікування курсом для хворих на вперше діагносто-

(13) U

(11) 48323

(19) UA

ваний туберкульоз не менше 20 процедур, для хворих 2 і 4 категорій не менше 40 процедур.

Спосіб здійснюють в такій послідовності:

- за відомим способом на основі клініко-рентгенологічних і лабораторних даних діагностують ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз, визначають категорію хвороби, визначають режим поліхіміотерапії відповідно до категорії;

- по запропонованому способу одночасно з призначенням протитуберкульозних препаратів призначають інформаційно-хвильову терапію, причому, дію ІХТ послідовно проводять на біологічно активні точки загальнозміцнювальної і імуностимулюючої дії, на топографічні зони проекції анатомічної локалізації центральних імункомпетентних органів, потім на зони шкірної проекції локалізації патологічного процесу (наприклад периферійні лімфатичні вузли, легеневі каверни) і на ділянку правого підребер'я;

- проводять процедуру інформаційно-хвильової терапії не раніше, ніж через 1 годину після прийому хіміопрепаратів.

Кожну процедуру виконують в такій послідовності:

- процедуру проводять в лежачому або сидячому положенні пацієнта,

- екран випромінювача апарату ІХТ розташовують перпендикулярно до поверхні тіла над визначеними ділянками, на відстані 1-2см і включають апарат.

- діють щоденно послідовно на біологічно активні рефлексогенні точки:

- точки GI-4 хе-гу, для чого екран випромінювача встановлюють над зовнішньою поверхнею кисті між 1 і 2 п'ястними кістками, ближче до променевого краю 2 п'ястної кістки,

- діють на точку GI-11 цюй-чи, для чого екран випромінювача встановлюють над зовнішнім краєм ліктьової складки,

- діють на точку IG-8 сяо-хай, для чого екран випромінювача встановлюють над ділянкою між відростками ліктьової кістки і внутрішнім мишцелом плечової кістки,

- діють на точку E-36 цзу-сан-лі, для чого встановлюють екран апарату над ділянкою на 3см нижче колінної чашечки і на 1см зовні від гребня великоберцової кістки;

- дію ІХТ проводять на зону яремної вирізки (зона тимуса),

- дію ІХТ проводять на зону лівого підребер'я (зона селезінки),

- потім діють ІХТ послідовно на ділянки шкірної проекції локалізації патологічного процесу і правого підребер'я.

Тривалість дії на кожну ділянку складає не менше 2 хвилин.

Процедуру ІХТ проводять щоденно або через день.

Ефективність лікування оцінюють по нормалізації гемограми, припиненню бактеріовиділення і закриттю каверн.

Запропонований спосіб суттєво відрізняється від способу-найближчого аналога тим, що, при діагностиці ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, лікування його хіміопрепаратами доповнюють інформаційно-хвильовою терапією, при цьому дію ІХТ спрямовують на центральні органи імунологічної системи і на ділянки патологічного процесу курсом не менше 20 процедур для хворих на вперше діагностований туберкульоз і не менше 40 процедур для хворих на хронічний і рецидивуючий туберкульоз.

Друга суттєва відмінність запропонованого способу заключається в тому, що лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу починають дією інформаційно-хвильової терапії на біологічно активні точки загальнозміцнювальної (GI-4 хе-гу, E-36 цзу-сан-лі) і імуностимулюючої (GI-11 цюй-чи, IG-8 сяо-хай) дії.

Внаслідок указаних відмінностей під впливом інформаційно-хвильової терапії активуються система нейрогуморальної адаптації, здійснюється баланс циркуляції енергії, відновлюється енергетичне забезпечення і фізіологічний стан органів і систем організму, активуються системи загального і імунологічного захисту, відновлюються фізіологічні функції крові і органів дихальної системи, нормалізується функція печінки, що обумовлює задовільну переносимість хіміопрепаратів, прискорюється розсмоктування запальної інфільтрації і відновлення регенераторних процесів в тканинах, що сприяє заживанню каверн. Проведення процедур інформаційно-хвильової терапії на піку концентрації протитуберкульозних препаратів в крові, сприяє кращому проникненню їх в зону патологічного процесу, що посилює бактеріостатичну дію хіміопрепаратів на мікобактерії туберкульозу і сприяє припиненню бактеріовиділення. Позитивні ефекти інформаційно-хвильової терапії забезпечують підвищення ефективності лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу легеневої і позалегеневої локалізації.

Запропонований спосіб пройшов клінічну апробацію а Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері і його клінічна ефективність була підтверджена. Позитивним ефектом запропонованого способу є підвищення ефективності лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Додаткові відомості.

По запропонованому способу було проведено лікування 7 хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз. Тривалість захворювання складала від 1 до 15 років. Контрольну групу складали 15 хворих з аналогічними клінічними формами туберкульозу, лікування яких проводили за індивідуальним режимом хіміотерапії без призначення ІХТ.

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю

Групи обстежених	Чоловіки		Жінки	
	Абс	%	Абс	%
1 група (n=7)	4	57,14	3	42,86
2 група (n=15)	9	60	6	40

Таблиця 2

Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу легень

Клінічні форми	Кількість хворих			
	1 група, n=7		2 група, n=15	
	Абс	%	Абс	%
Вогнищевий	-	-	1	6,67
Дисемінований	3	42,86	9	60
Інфільтративний	3	42,86	5	33,33
Позалегеновий туберкульоз	1	14,28	-	-

Таблиця 3

Розподіл хворих в залежності від фази процесу та наявності бактеріовиділення

Фаза процесу, бактеріовиділення	Кількість хворих			
	1 група, n=7		2 група, n=15	
	Абс	%	Абс	%
З розпадом	7	100	12	80
Без розпаду	-	-	3	20
МБТ +	7	100	15	100

Після проходження повного курсу стаціонарно-го лікування, нормалізація гемограми відмічається у 85,72% хворих I групи на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз проти 46,67% ($p<0,05$) у контрольній групі, бактеріовиділення припинилось у 7 (100%) хворих I групи, проти 7 (46,67%, $p<0,01$) пацієнтів II групи, закриття порожнин розпаду досягнуто у 5 (71,43%) пацієнтів I групи та у 6 (50%) хворих II групи.

Позитивний ефект запропонованого способу ілюструють клінічні приклади:

1. Хворий С, 30р., хворіє на туберкульоз легень протягом 8 років. Вперше захворів на туберкульоз легень у 2000 році в місцях позбавлення волі. Лікувався 3 місяці і був звільнений. З 2002 року постійно проходив лікування в умовах стаціонару і амбулаторно без ефекту. З 2004 року захворювання набуло хронічного перебігу. У 2007р. хворий поступив на стаціонарне лікування з діагнозом: Хронічний туберкульоз, дисемінований, обох легень, деструкція+, МБТ+, М+, К+, Резистентність+ (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, піразинамід), Категорія 4. Обстеженням при госпіталізації було діагностовано ВІЛ-інфікованість. Хворому було призначено ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, піразинамід, етамбутол в стандартних дозах. Через 2 місяці лікування в зв'язку з недостатньою ефективністю хіміотерапії і діагностуванням ВІЛ-інфікованості антимікобактеріальна терапія була доповнена призначенням інформаційно-хвильової терапії по заявленому способу. В

результаті призначення ІХТ через 1 місяць лікування припинилось бактеріовиділення (бактеріоскопічно і культурально МБТ не визначались). Через 3 місяці відмінено стрептоміцин і піразинамід і лікування продовжено 3 препаратами. Через 6 місяців з початку лікування закрились порожнини деструкції в легенях. Кількість лімфоцитів в периферичній крові з 17% підвищилась до 28%. Після 80 процедур інформаційно-хвильової терапії була припинена. Після 8 місяців лікування пацієнт був виписаний під нагляд дільничного фтизіатра і інфекціоніста. 2. Пацієнтка К. 37р., поступила 25.03.08р на стаціонарне лікування з діагнозом вперше діагностований дисемінований туберкульоз легень, дестр+, МБТ+, М+ К+, Резист 1+ (рифампіцин і піразинамід), категорія 1. Хворіє протягом 5 місяців. Скаржиться на кашель з виділенням мокрот, схуднення, біль в горлі, слабкість, задишку. При лабораторному обстеженні було діагностовано СНІД. Рентгенологічно в обох легенях виявлені численні вогнищеві тіні. Зливного характеру, в 6 сегменті лівої легені визначались каверни 2 і 3см в діаметрі. В крові при госпіталізації ШОЕ 22мм/год., лімфоцити - 20%. Одночасно було призначено 5 протитуберкульозних препаратів і ІХТ. Хвора протягом 2 місяців отримала 20 сеансів ІХТ в поєднанні з хіміопрепаратами. Протягом 2 місяців лікування скарги зникли, самопочуття нормалізувалось, збільшилась маса тіла, наступила нормалізація гемограми з підвищенням лімфоцитів до 40%, припинилось бактеріовиділення.

ня (підтверджено методом мазка і посіву на поживне середовище), порожнини зменшились до 1 і 1,5 см в діаметрі. Вогнищеві тіні розсмоктались із зменшенням їх кількості до поодиноких. По сімей-

ним обставинам пацієнтка переведена на амбулаторне лікування.

Отримані результати підтверджують високу ефективність запропонованого способу лікування ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.